

Мартов Ю.Б., Щастный А.Т.

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

/ Витебск /

Успехи современной хирургии не обеспечили заметного снижения частоты послеоперационных интраабдоминальных осложнений, требующих неотложного повторного вмешательства.

Из 302 больных распространенным перитонитом находившихся на лечении с 1978 по 1997 годы в клинике 85 пациентов было с послеоперационным перитонитом (28,1%).

Послеоперационный перитонит после плановых хирургических вмешательств диагностирован у 63 больных и после экстренных операций у 22 больных. Нозологическая структура послеоперационного перитонита представлена в таблице.

Высокий удельный вес больных с послеоперационным перитонитом объясняется увеличением в клинике числа обширных (гастрэктомия, панкреатодуоденальная резекция, резекция пищевода) и реконструктивных операций, вмешательств у онкобольных (30 больных из общего числа с послеоперационным перитонитом), а также у лиц пожилого возраста. Значительное число больных (22 пациента) с послеоперационным перитонитом поступили в клинику из других хирургических отделений и больниц области, где им выполнено первичное вмешательство. Среди непосредственных причин, приведших к послеоперационному перитониту, ведущей является несостоятельность

Нозологическая форма	Число больных	% больных
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	17	20
Заболевание желчного пузыря и протоков	16	18,82
Рак желудка	12	14,11
Рак поджелудочной железы	8	9,41
Опухоли толстой кишки	6	7,05
Острый панкреатит	9	10,58
Острый аппендицит	2	2,35
Острый холецистит	3	3,52
Травма (ранение) органов брюшной полости	5	5,88
Гинекологические заболевания	4	4,7
Псевдотуморозный панкреатит	2	2,35
Острая кишечная непроходимость	1	1,17
ИТОГО	85	100

швов, которая отмечена у 41 больного. Так несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза была у 10 больных, несостоятельность гастропанкреато и панкреатоэюностомии у 4 больных, эзофагоэнтероанастомоза - у 3 больных, культи дуоденум - у 9 больных, холецистоэюноанастомоза - у 5 больных, несостоятельность толстокишечных анастомозов - 6 больных, межкишечного анастомоза - у 2 больных, и несостоятельность дуоденотомического отверстия - 2 больных.

Интраоперационные повреждения органов брюшной полости как причина послеоперационного перитонита выявлены у 10 больных: повреждения внепеченочных протоков - 6 пациентов, повреждения толстой кишки - 3, и у одного больного желчеистечение после пункции холедоха как причина перитонита. Некроз малой кривизны желудка после селективной проксимальной ваготомии, как следствие нарушения кровотока диагностирован у 3 больных, желчеистечение приведшее к развитию желчного перитонита из культи пузырного протока, ложа желчного пузыря выявлено у 4 больных. Неадекватное дренирование и санация брюшной полости с последующим развитием и прогрессированием перитонита отмечен у 18 больных. Недостаточный гемостаз, так называемый гемоперитонит, был у 2 больных. У 2 больных перитонит отмечен при "механически" состоятельных швах. Послеоперационный панкреатит и некроз культи поджелудочной железы после ПДР отмечен у 4 больных.

Анализируя результаты лечения больных с послеоперационным перитонитом, мы пришли к выводу, что исход этого грозного осложнения зависит не только от своевременной диагностики и интенсивной терапии, а главным образом от тактических вариантов повторного хирургического вмешательства и его завершения. Все 85 больных с послеоперационным перитонитом разделены на 2 группы:

I группа Больные, которым выполнялась релапаротомия, санация брюшной полости, дренирование, брюшная полость ушивалась наглухо.

Декомпрессия кишечника у больных осуществлялась аспирацией желудочного содержимого в послеоперационном периоде, в одном случае интубация кишечника через колостому, а у больных с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза и эзофагоэнтероанастомоза осуществлялась постановка постоянного зонда ниже зоны несостоятельности швов.

При анализе клинических результатов лечения больных I группы прогрессирование перитонита после повторного вмешательства отмечено у 31 пациента (83,8 %), что потребовало в дальнейшем неоднократных хирургических вмешательств. У всех больных нарастали явления эндотоксикоза, пареза кишечника, у 3 больных после релапаротомии отмечалась эвентрация кишечника, нагноение послеоперационной раны диагностировано у 80 % больных.

Летальный исход среди больных I группы отмечен у 29 пациентов (78, 4 %).

Вторую группу составило 48 пациентов (56,5 %), которым при лечении послеоперационного перитонита повторное оперативное вмешательство завершалось наложением лапаростомы и интубацией тонкой кишки в дальнейшем выполнялись плановые санации брюшной полости.

При анализе клинических результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом во 2 группе прогрессирование перитонита, несмотря на проводимые санации брюшной полости, отмечено у 12 больных и у 6 больных отмечены явления нарастающей полиорганной недостаточности.

Летальность составила 37,5%. Всего умерло 18 больных.

Подводя итог анализу хирургического лечения больных с послеоперационным перитонитом, сравнивая результаты лечения в 2 группах больных с различным методом завершения оперативного вмешательства мы сделали вывод о несомненном преимуществе метода лапаростомии у этой тяжелой категории больных.